

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**COIMBRA CIDADE AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS: UM
ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NUMA
PERSPECTIVA DE GÉNERO**



SORAIA ALEXANDRA COUCEIRO BATISTA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialidade em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



COIMBRA CIDADE AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS: UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA AO GÉNERO

SORAIA ALEXANDRA COUCEIRO BATISTA

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialidade em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Daniel,
Professora auxiliar no ISMT

Coimbra, Fevereiro de 2015

Figura da capa: Acedido a 3 de Dezembro de 2014 em <http://featherbox.files.wordpress.com/2010/07/idosos.gif>

Aos Antónios...

Agradecimentos

Ao estar a aproximar-se o final de uma longa etapa da vida académica, torna-se fundamental prestar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que o tornaram possível. Explicito aqui a minha gratidão a todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Fernanda Daniel, orientadora da dissertação, agradeço as suas palavras de encorajamento, o saber científico, o apoio e compreensão prestados. Obrigada!

À minha mãe, que sempre esteve presente ao longo de toda esta caminhada. Obrigada pelo teu apoio incondicional, principalmente nesta última fase do meu percurso. Sem ti, nada disto seria possível, por isso, muito Obrigada Mãe.

À minha família pelo apoio que me deram e pelo reconhecimento que me dão, em especial ao Leo, à Tatiana e à Laurinda. Sou uma sortuda por serem parte integrante de todo o meu ser.

À Camila e ao Tomé por serem o melhor do mundo!

A todos os meus amigos, com especial destaque aos que me acompanharam durante toda esta fase da minha vida, agradeço sobretudo pela paciência e colaboração, apoio e incentivo mesmo nos momentos de maior tensão.

Agradeço à Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais na pessoa da Dra. Catarina Simões e ao Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra na pessoa da Dra. Lurdes Leal.

Por último, agradeço a todos os idosos (as) que se disponibilizaram em participar neste estudo, pois sem eles não seria possível.

A todos o meu agradecimento!

Resumo

Introdução: É consabido que o número de pessoas idosas tem aumentado significativamente no mundo. Vários fatores têm concorrido para a observação deste fenómeno. Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida são apontados como os grandes responsáveis pelo aumento do número de pessoas idosas no mundo. Urge manter estas pessoas saudáveis dando-lhes não só mais tempo ao tempo, mas qualidade ao tempo.

Objetivos: A presente investigação tem como objetivo verificar se a cidade de Coimbra possui características de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas e o modo como estas percebem a sua qualidade de vida numa perspetiva de género.

Metodologia: O presente trabalho remete para um estudo quantitativo, transversal. A recolha de dados foi realizada através de um protocolo que incluía as características sociodemográficas, a Lista de Verificação de Características das Cidades Amigas das Pessoas Idosas e por fim, o instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

Participantes: Colaboram na investigação 215 indivíduos. A análise da distribuição por sexo apresenta uma clara feminização, ($n = 142$; 66%). A média de idades é de 71,03 anos ($DP = \pm 6,97$), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 90 anos.

Resultados: No que diz respeito à Lista de Verificação de Características das Cidades Amigas das Pessoas Idosas observou-se que as pontuações médias oscilam entre 25,47% ($dp \pm 18,79$) e 44,51% ($dp \pm 18,58$) - domínio 1 “espaços exteriores e edifícios” 39,32% ($dp \pm 16,51$); domínio 2 “transportes” 40,02% ($dp \pm 17$); domínio 3 “habitação” 34,82% ($dp \pm 17,43$); domínio 4 “participação social” 40,93% ($dp \pm 20,10$); domínio 5 respeito e inclusão social” 36,77% ($dp \pm 18,76$); domínio 6 “participação cívica e emprego” 25,47% ($dp \pm 18,79$); domínio 7 “comunicação e informação” 37,89% ($dp \pm 17,59$); domínio 8 “serviços comunitários e de saúde” 44,51% ($dp \pm 18,58$). Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, nos domínios consoante o sexo. Em relação às pontuações obtidas no Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, pode observar-se que, em termos médios, elas se situam entre 61,90% ($dp \pm 16,22$) e 64,76% ($dp \pm 17,07$) (domínio “geral” 62,74 ($dp \pm 15,94$); domínio “físico” 62,23 ($dp \pm 17,54$); domínio “psicológico” 64,76 ($dp \pm 17,07$); domínio “relações sociais” 64,05 ($dp \pm 16,47$); domínio “meio ambiente” 61,90 ($dp \pm 16,22$)).

Conclusões: A avaliação que os nossos inquiridos fazem da cidade de Coimbra, é baixa se tivermos por referência que 50% seria uma pontuação média. Estes resultados sugerem que os decisores públicos terão que intervir, numa lógica de co-produção, na cidade de Coimbra para que esta se torne uma cidade amiga das pessoas idosas.

Palavras-Chave: Pessoas idosas; Qualidade de Vida; Cidades Amigas; Coimbra; Género.

Abstract

Introduction: It is known that the number of elderly has increased significantly in the world. Several factors have contributed to the observation of this phenomenon. The medical progress and the improvement of living conditions are seen as largely responsible for the increase in the number of elderly people worldwide. It is urgent to maintain these people healthy, giving them not only more time to time, but giving quality to time.

Objectives: The present study aims to verify if the city of Coimbra has characteristics of a Elderly-friendly City and the way they perceive their quality of life from a gender perspective.

Methodology: This study refers to a quantitative, cross-sectional study. Data collection was performed using a protocol that included socio-demographic characteristics, checklist of Essential Features of Elderly-Friendly Cities and finally, the quality assessment instrument of the World Health Organization Life (WHOQOL-Bref) .

Participants: 215 individuals collaborated in the research. The analysis of gender distribution presents a clear feminization, ($n = 142$; 6.0%). The average age is 71.03 years ($SD = \pm 6.97$), with a minimum age of 60 years and maximum 90 years.

Results: With regard to the Checklist of characteristics of Friendly Cities of Older Persons it was observed that the average scores range from 25.47% ($sd \pm 18.79$) and 44.51 ($sd \pm 18.58$) - domain 1 "outdoor spaces and buildings "39.32% ($sd \pm 16.51$); domain 2" transport "40.02% ($sd \pm 17$); domain 3" housing "34.82% ($sd \pm 17.43$); domain 4" social participation "40.93% ($sd \pm 20.10$); domain 5 respect and social inclusion "36.77% ($sd \pm 18.76$); area 6 'civic participation and employment" 25.47% ($sd \pm 18.79$); domain 7 "communication and information" 37.89% ($sd \pm 17.59$); domain 8 "Community and health services" 44.51% ($sd \pm 18.58$) -. No differences were found statistically significant in the fields according to sex. In relation to the scores obtained in the Quality of Life Assessment Tool, it can be seen that, on average, they are between 61.90% ($sd \pm 16.22$) and 64.76 ($sd \pm 17.07$), ("general" domain 62.74 ($sd \pm 15.94$); "physical" domain 62.23 ($sd \pm 17.54$); "psychological" domain 64.76 ($sd \pm 17.07$); "social relations" domain 64.05 ($sd \pm 16.47$); field "environment" 61.90 ($sd \pm 16.22$).

Conclusions: The evaluation that our respondents make of the city of Coimbra is low if we use a reference that 50% would be the average score. These results suggest that public

decision-makers will have to intervene in a co-production logic, in Coimbra so that it becomes a friendly city of the elderly.

Keywords: Elderly; Quality of Life; Friendly Cities; Coimbra; Gender.

Índice

Introdução	1
Material e Métodos	8
Tipo de estudo	8
Procedimentos formais e éticos.....	9
Instrumentos	9
Localização contextual da área geográfica da amostra	11
Análise estatística.....	11
Resultados.....	13
Consistência interna	13
Análise descritiva e apresentação de resultados.....	14
Participantes	14
Discussão/Conclusão	28
Referências Bibliográficas.....	31
Anexo	
Anexo I – Questionário " <i>Coimbra Cidade Amiga das Pessoas Idosas</i> "	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Consistência Interna – Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas	13
Tabela 2: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref)	14
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação ao género, idade e estado civil	15
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação às habilitações literária, profissão e situação no emprego	16
Tabela 5: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à percepção de saúde e à existência de problemas de saúde	17
Tabela 6: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação aos rendimentos mensais, próprios e familiares	18
Tabela 7: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à habitação e ao agregado familiar	19
Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à utilização de algum tipo de apoio à deslocação	20
Tabela 9: Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas	20
Tabela 10: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) (Estatísticas descritivas)	21
	22
Tabela 11: Diferenças nos valores médios da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas de acordo com o género	
Tabela 12: Diferenças nos valores médios de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de acordo com o género	23
Tabela 13: Correlações de Pearson – Sexo Masculino	25
Tabela 14: Correlações de Pearson – Sexo Feminino	27

Introdução

É consabido que o número de pessoas idosas tem aumentado significativamente no mundo. Vários fatores têm concorrido para a observação deste fenómeno, os progressos médicos e a melhoria das condições de vida que foram observadas após a Segunda Guerra Mundial, são os principais responsáveis pelo aumento do número de pessoas idosas no mundo. Manter essas pessoas saudáveis deve ser uma prioridade para os governos e um grande desafio para o século XXI. Urge não só dar mais tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo que se vive (Fontaine, 2000).

Segundo a Organização das Nações Unidas o número global de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013. Esta tendência continuará a observar-se, estimando-se que em 2050 a população mundial chegará a 21,1%. Prevê-se que em 2047 o número de idosos exceda o número de crianças. Contrariando uma visão comumente partilhada verifica-se que cerca de dois terços do número de idosos vive em países em vias de desenvolvimento. As projeções realizadas apontam para que em 2050, cerca de 8 em cada 10 idosos viva em regiões menos desenvolvidas (United Nations, 2013).

Concorrem para este aumento a diminuição das taxas de fertilidade e a diminuição da mortalidade. Importa, contudo, referir que este fenómeno, verificável na contemporaneidade, é um dos grandes êxitos da humanidade e, ao mesmo tempo, um dos seus maiores desafios. Se, por um lado, “as conquistas importantes em termos de saúde pública e de nível de vida” (Pimentel, Mata, Fernandes, Magalhães, & Batista, 2013, p.328) contribuíram para o aumento da longevidade que se exprime num significativo aumento da esperança média de vida, o aumento da quantidade de pessoas idosas está na base de novas exigências económicas e sociais (ONU, 2002; WHO, 2002).

A observação dos diferentes momentos censitários em Portugal confirma a tendência para o envelhecimento da população portuguesa, indicando que desde 1960 a 2011, a percentagem de pessoas idosas (pessoas com 65 anos de idade ou mais) na população total passou de 8% para 19% (FFMS, 2014).

A alteração demográfica, supracitada, caracterizada pelo aumento da proporção das pessoas idosas nas populações e a consequente diminuição das pessoas mais jovens (em 1960 existiam 2.591,955 enquanto em 2011 o XV Recenseamento Geral da População registou 1.572,329) (FFMS, 2014), traz consigo a necessidade de análises aprofundadas, sustentadas tanto ao nível teórico, como empírico sobre a quotidianidade destas pessoas de idades

avanzadas. Estas análises devem ter como objetivo a melhoria da qualidade de vida destas pessoas (Mauritti, 2004). Interessa contudo referir que a qualidade de vida é um conceito multidimensional e como tal difícil de caracterizar. No sentido de clarificar o conceito para o operacionalizar a Organização Mundial de Saúde reuniu, no início da década de 90 do século passado, um grupo de peritos provenientes de diversas culturas com esse objetivo. Apesar de este grupo considerar que o conceito qualidade de vida, por ser multidimensional, é difícil de ser definido, existe, contudo, um consenso relativamente a três aspetos essenciais que têm de ser considerados na sua definição: subjetividade (a definição deve depender da perspetiva do próprio indivíduo), multidimensionalidade (a definição deve ter em conta diferentes aspetos ou dimensões) e presença de dimensões tanto positivas como negativas (WHOQOL GROUP, 1995). Esta definição pressupõe que a qualidade de vida refere-se a uma avaliação subjetiva que tem em consideração o contexto cultural, social e ambiental do indivíduo. Neste prisma, o conceito qualidade de vida é amplo e valoriza não só a saúde física do indivíduo, mas também o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as suas relações com o ambiente em que o sujeito está inserido (WHOQOL Group, 1995). Ruta e Garrat (1994, cit. por Hortelão, 2003) mencionam que a qualidade de vida para ter significado deve ser definida em termos individuais. Também Pereira (1993, cit. por Hortelão, 2003) faz alusão a que a qualidade de vida só tem a possibilidade de ser descrita em termos individuais, sendo específica ao sujeito.

Tendo em conta a multidimensionalidade do termo qualidade de vida, este incluirá forçosamente, um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida integram a “satisfação com a vida” e o “bem-estar social”, sendo estes baseados em conceitos de independência, controle, competências cognitivas e sociais (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

O conceito de qualidade de vida quando associado à velhice focaliza-se, frequentemente, nas questões de dependência-independência que se relacionam, por um lado com alterações biológicas e por outro com mudanças nas exigências sociais, parecendo esta última ter um peso extremamente importante na primeira. Sousa, Galante e Figueiredo (2003), num estudo em que investigaram a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, puderam mais uma vez constatar a íntima relação existente entre qualidade de vida percebida e independência (Sousa et al., 2003)

Devido à necessidade de haver um instrumento de avaliação deste conceito dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional, o grupo WHOQOL numa fase inicial, desenvolveu um instrumento de avaliação da qualidade de vida composto por 100 questões (o

WHOQOL-100). Este apresentava-se subdividido em seis domínios, designadamente: domínio físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais. Constatou-se contudo que este primeiro instrumento tornava-se demasiado moroso aquando da sua aplicação (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005).

Em virtude da necessidade de um instrumento curto que requeresse pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, o grupo WHOQOL desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Neste novo instrumento constam de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre a qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovjch, Vieira, Santos, & Pinzon, 1999).

A avaliação da qualidade de vida permite-nos obter informações sobre a forma como as pessoas estão a adaptar-se ao envelhecimento, por esse facto surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas. A visibilidade do envelhecimento tem vindo igualmente a fomentar a atenção por esta temática (Paúl & Fonseca, 2005).

No mesmo sentido da conceptualização do WHOQOL-GROUP, diversos estudos têm reportado que a qualidade de vida dos idosos relaciona-se com os seguintes determinantes: i) possuir autonomia para executar as atividades da vida diária; ii) manter as relações sociais; iii) apresentar recursos económicos; e iii) realizar atividades lúdicas e recreativas com frequência (Jacob, 2007). Independentemente destes determinantes a subjetividade relacionada com as experiências individuais deve ser equacionada quando nos debruçamos sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida deve então ser perspectivada a partir das experiências de vida de cada um, estando esta relacionada tanto com as características personológicas, como com os papéis sociais e o contexto ambiental. Nas idades avançadas as questões físicas, relacionadas ou não com o estilo de vida, correlacionam-se negativamente com a qualidade de vida.

Em síntese as pesquisas empíricas têm demonstrado a importância do estilo de vida, da rede de suporte formal e informal, das variáveis personológicas, da espiritualidade, do nível de desempenho nas atividades de vida diária, do bem-estar (físico, emocional, cognitivo e social) na qualidade de vida. Ou seja, a perceção dos níveis de qualidade de vida das pessoas idosas encontra-se relacionada com as circunstâncias em que se vive a par do seu contexto (Sousa et al., 2003; Paúl & Fonseca, 2005).

O contexto onde as pessoas vivem é considerado um dos determinantes da qualidade de vida. Cenários ambientais congruentes com as necessidades das pessoas favorecem um melhor envelhecimento. Foi na década de 60, do século passado, que surgiu o interesse em investigar a interação entre o indivíduo e o ambiente na velhice. Este facto surge devido aos resultados obtidos em algumas pesquisas onde foram notórios os efeitos negativos da institucionalização em pessoas mais velhas. Contudo é na década seguinte que o interesse sobre esta temática aumentou, começando-se a identificar os vários fatores ambientais que podem afetar o comportamento dos idosos. Assim, muitos dos comportamentos rotulados como "inadequados" poderiam ser explicados, em maior ou menor medida, não só pela idade como pelas características ambientais. Nesta linha, Lawton e Kahana propuseram modelos teóricos sobre o envelhecimento, sendo considerados os pioneiros nesta área (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

Com o aumento do número de pessoas idosas a probabilidade de idosos com limitações físicas aumentou significativamente. Urge por isso criar políticas e programas que ajudem a prevenir e reduzir as limitações na velhice tanto em países desenvolvidos como naqueles que se encontram em desenvolvimento. Uma das premissas para a tomada de decisões nesta área é pensar partindo da capacitação em vez da incapacidade. Os processos incapacitantes aumentam as necessidades das pessoas idosas e levam ao isolamento social e à dependência. Enquanto que os processos capacitadores recuperam a função e aumentam a participação dos idosos em todas as actividades da sociedade. Uma boa governança implica ativar políticas que previnam as incapacidades e capacitem os portadores de deficiência a participar na vida comunitária de forma completa (OMS, 2005).

Em resposta ao envelhecimento das populações e ao crescente processo de urbanização, a OMS criou um guia denominado Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009). O guia foi elaborado tendo por base a auscultação de pessoas mais velhas recolhidas em 33 cidades de 22 países do mundo. Deve-se a Alexandre Kalache e Louise Plouffe o desenvolvimento do projeto mundial “Cidade Amiga do Idoso”. Das cidades que contribuíram para a realização deste guia, destacam-se Rio de Janeiro, Istambul, Nova Iorque, Halifax e Londres (OMS, 2009). A partir das opiniões recolhidas pelas diversas partes do mundo, a OMS identificou as características-chave de uma cidade amiga do idoso e preparou uma lista de verificação para cada um dos oito domínios identificados (1. Espaços exteriores e edifício; 2. Transportes; 3. Habitação; 4. Participação social; 5. Respeito e Inclusão Social; 6. Participação Cívica e Emprego; 7. Comunicação e Informação; 8. Serviços Comunitários e de Saúde). Assim, o guia tem como objetivo fornecer indicações para criar um ambiente

urbano permitindo que as pessoas idosas, bem como as pessoas de todas as idades, se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem envolvidas na vida social da sua comunidade. Daqui se depreende que as cidades saudáveis são as que promovem o Envelhecimento Ativo, sendo este definido como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (WHO, 2002).

Este conceito de Envelhecimento Ativo, ancora na inclusão, ou seja, independentemente da idade deve-se participar na sociedade de acordo com as necessidades, desejos e capacidades de cada um. Para que isto aconteça a cidade deve proporcionar proteção, segurança e os cuidados adequados quando necessários. Assim, o principal objetivo do Envelhecimento Ativo é aumentar a expectativa de vida saudável com qualidade de vida para todas as pessoas que vão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005).

Neste sentido a OMS define Cidades Amigas das Pessoas Idosas como aquelas que permitem envelhecer ativamente ao: reconhecer que as pessoas mais velhas representam um alargado leque de capacidades e recursos; antecipar e dar respostas flexíveis às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento; respeitar as suas decisões e escolhas de estilo de vida; proteger os mais vulneráveis; e promover a sua inclusão e contribuição em todos os aspectos da vida comunitária. (OMS, 2009).

Ponderando a definição supracitada podemos afirmar que uma comunidade amiga das pessoas idosas é sumariamente, aquela que ostenta uma cultura de inclusão partilhada por todas as pessoas, de todas as idades e com diferentes níveis de (in)capacidade, onde políticas, serviços e estruturas relacionadas com o espaço físico e social são traçadas de forma a suportar e habilitar as pessoas idosas a gozarem de segurança, boa saúde e a continuarem a participar plenamente na sociedade à medida que envelhecem (OMS, 2009).

Uma cidade amiga das pessoas idosas tem ainda o potencial de não ser simplesmente amiga das pessoas mais velhas. Por exemplo, ruas sem obstáculos e barreiras proporcionam a mobilidade e independência de pessoas com determinadas incapacidades, independentemente da sua idade. Da mesma forma, uma “vizinhança segura permite que crianças, mulheres jovens e pessoas mais velhas, se sintam confiantes para sair à rua e participar em actividades de lazer fisicamente activas e em actividades sociais” (OMS, 2009, p. 11). Por sua vez, o desempenho de atividade física pode promover uma melhor condição de saúde, traduzindo-se numa menor necessidade de recursos de saúde e, consequentemente, num menor gasto do governo público nestes serviços. Recordemos que o relatório “Um Futuro para a Saúde –

todos temos um papel a desempenhar” estima no caso da diabetes que “O Desafio da Diabetes (evitar que 50 000 pessoas desenvolvam a doença) poderia poupar custos adicionais de 45 milhões de euros por ano ao fim de 5 anos e, partindo do princípio que o programa continuará depois dessa data, 18 milhões adicionais de forma cumulativa cada ano” (FCG, 2013, p. 191).

A lista de verificação das características amigas dos idosos, disponibilizada a todos no Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, procura proporcionar um padrão universal de cidade amiga do idoso, aplicável a cidades menos e mais desenvolvidas. No entanto, a OMS (2009, p. 11) salienta que esta lista de verificação não se trata de “um sistema de classificação e comparação de cidades” e que “nenhuma cidade preenche todos os requisitos em todas as áreas”.

Contudo, a utilização destes indicadores é fundamental para as cidades procederem à sua autoavaliação (monitorizando os respetivos progressos) no que concerne às condições fundamentais de saúde, participação e segurança que, em última análise, contribuem para que as pessoas envelheçam com dignidade, promovendo a sua “independência, liberdade de movimentos e a possibilidade de participação plena no mundo social”. Segundo Giddens (2000, p. 169), “as pessoas idosas estão hoje em dia muito menos predispostas a aceitar o envelhecimento como um processo inevitável da decadência do corpo. O processo de envelhecimento era antigamente genericamente aceite como manifestação inevitável (...) [hoje] (...) muito do que antes era considerado inevitável no envelhecimento pode ser contrariado ou adiado”. Os idosos de hoje têm maior perspetiva de vida concomitante com maior perspetiva de qualidade de vida.

Diversos são os fatores que determinam o Envelhecimento ativo, estes envolvem não só o próprio indivíduo mas o seu contexto. Um desses fatores determinantes e que se relaciona com o tema do presente trabalho, é o género. As questões de género são fulcrais no envelhecimento por esse facto as opções políticas devem ter em linha de conta esse facto (OMS, 2005).

Diferentes papéis sociais determinam diferenças ao nível dos rendimentos. As mulheres que assumiram durante a sua vida adulta o papel de cuidadoras da sua família, apresentam maior probabilidade de usufruírem de menores rendimentos nas idades avançadas. A literatura reporta casos em que existem mulheres que se vêm forçadas a abandonar o seu emprego para assumir os cuidados da família. A OMS refere que existem mulheres que nunca tiveram “acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral. (...). Em muitas sociedades, as mulheres jovens e

adultas possuem um *status* social inferior e de acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde” (2005, p. 20). Pelo contrário os homens também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas, e ainda, a exposição desnecessária ao risco de lesões (OMS, 2005, p.20).

Material e Métodos

A presente dissertação integra o Projeto de Investigação “*Coimbra Cidade Amiga das Pessoas Idosas*” da responsabilidade dos Professores Doutores Fernanda Daniel e Henrique Vicente.

Este projeto é constituído por uma equipa de licenciados que se encontram a desenvolver as suas dissertações de mestrado em Psicologia Clínica e em Serviço Social¹. O estudo tem como objetivo verificar, numa perspetiva de género, se a cidade de Coimbra possui características de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas e apresenta qualidade de vida para os seus munícipes idosos.

Integra um protocolo de recolha de dados constituído por 3 partes, sendo elas:

- I. Características sociodemográficas;
- II. Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas;
- III. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (Vaz-Serra et al., 2006).

O presente estudo, “*Coimbra Cidade Amiga das Pessoas Idosas: Um Estudo sobre a Qualidade de Vida numa perspetiva de Género*”, apresenta os seguintes três objetivos:

- 1- Avaliar as Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas nos domínios: Espaços exteriores e edifícios; Transportes; Habitação; Participação social; Respeito e inclusão social; Participação cívica e emprego; Comunicação e informação; Serviços comunitários e de saúde;
- 2- Avaliar a Qualidade de Vida nos domínios: Espaços exteriores e edifícios; Transportes; Habitação; Participação social; Respeito e inclusão social; Participação cívica e emprego; Comunicação e informação; Serviços comunitários e de saúde;
- 3- Identificar diferenças, numa perspetiva de género, nas Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas e na Qualidade de Vida.

Tipo de estudo

A presente investigação remete para um estudo quantitativo, transversal com comparação de grupos.

Procedimentos formais e éticos

Na recolha dos dados foi elaborado um documento formal que incluía tanto a informação acerca do tipo de estudo como o consentimento informado. Todo o processo da pesquisa foi realizado em conformidade com os princípios éticos, garantindo a todos os participantes os seus direitos, a privacidade, o sigilo das informações e da identificação dos participantes.

Como já foi mencionado a presente investigação conta com vários investigadores. A investigadora do presente estudo entrou em contacto com a Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais e com o Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra para aí recolher dados. Os critérios de inclusão no estudo pressupunham idade superior ou igual a 60 anos e ausência de deterioração cognitiva.

O processo de investigação pautou-se assim pelo seguimento de procedimentos baseados numa rigorosa conduta ética. Numa fase inicial a investigadora solicitou a autorização formal aos responsáveis de cada uma das instituições (Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais e Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra) para a administração dos questionários aos utentes que frequentavam as actividades desenvolvidas nas instituições acima referidas. Importa referir que o protocolo administrado além de incluir uma breve explicação do projecto continha uma declaração de consentimento informado.

Instrumentos

Este protocolo inclui um instrumento, composto por duas partes: 1- Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas; 2- Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (Vaz-Serra et al., 2006) (Anexo 1).

Lista de Verificação de Características Fundamentais das cidades amigas das pessoas idosas

A Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos em relação a oito áreas: 1) espaços exteriores e edifícios; 2) transportes; 3) habitação; 4) participação social; 5) respeito

e inclusão social; 6) participação cívica e emprego; 7) comunicação e informação; 8) apoio comunitário e serviços de saúde. Estas áreas de intervenção surgem elencadas no pressuposto de que o ambiente físico, as infraestruturas públicas e as condições habitacionais podem influenciar fortemente a mobilidade individual, a segurança, a proteção e a prevenção tanto de acidentes domésticos como na via pública, constituindo atitudes promotoras de saúde e de participação social. Por outro lado, o ambiente da sociedade, o apoio comunitário e dos serviços de saúde, o nível cultural e de literacia individual podem, igualmente, influenciar o bem-estar psicológico, a participação social e o nível de saúde da mesma população.

A cotação do instrumento foi determinada através da média aritmética das questões que compõem cada um dos domínios, convertida depois numa escala de 0-20. Na análise dos resultados foi utilizada a respetiva percentagem.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref)

O questionário é constituído por duas partes distintas. A primeira parte destina-se à caracterização sociodemográfica dos inquiridos tendo 2 questões abertas e 5 questões fechadas. A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação da Qualidade de Vida construída pelo grupo WHOQOL e inclui 26 questões retiradas do WHOQOL-Bref (traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra et al, 2006).

Segundo Serra e colaboradores (2006) o primeiro domínio, refere-se à qualidade de vida de um modo geral e apresenta dois itens, um sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. Os outros 24 itens estão divididos pelos domínios físico (7 itens), psicológico (6 itens), social (3 itens) e meio ambiente (8 itens). O domínio físico envolve questões relacionadas com a dor e o desconforto, energia e fadiga e sono e repouso. No domínio psicológico abordam-se questões relacionadas com os sentimentos positivos e negativos, auto-estima, imagem corporal e aparência, memória e concentração. Questões relacionadas com as relações pessoais, apoio social e actividade sexual são abordadas no domínio social. Finalmente, o domínio meio ambiente contempla facetas que se relacionam com a segurança física, o ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde, entre outros (Vaz-Serra et al., 2006).

Este instrumento pode ser administrado tanto em populações saudáveis como em populações que apresentam situações clínicas pontuais e doenças crónicas. As respostas de cada participante indicam a sua concordância ou discordância e são avaliadas através de uma

escala Likert de 5 pontos (1 –Muito má, Muito insatisfeito, Nada ou Nunca; 5 – Muito boa, Muito satisfeito, Completamente ou Sempre). Uma pontuação de 3 pontos revela uma atitude de indiferença perante a questão).

Localização contextual da área geográfica da amostra

Colaboram na investigação 215 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 90 anos, sendo que 142 são do sexo feminino e 73 do sexo masculino. No que refere à localização da área geográfica da amostra, esta encontra-se inserida na cidade de Coimbra. Sendo capital de distrito, Coimbra, possui cerca de 319,4 Km² de área e 148.443 habitantes. Situada na região centro (NUT II) e pertencente à sub-região do Baixo Mondego (NUT III), do qual também fazem parte os concelhos de Cantanhede, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mira, Montemor-o-Velho, Penacova e Soure. A cidade de Coimbra é banhada pelo rio Mondego. A Lei n.º 22/2012, de 30 de maio consagra a obrigatoriedade da reorganização administrativa do território das freguesias e regula e incentiva a reorganização administrativa do território dos municípios. Portanto, as freguesias passam para 18, nomeadamente: JF de Almalaguês, JF de Brasfemes, JF de Ceira, UF Antuzede e Vil de Matos, UF Assafarge e Antanol, JF Cernache, JF Santo António dos Olivais, UF Eiras e São Paulo de Frades, JF São João do Campo, JF S. Silvestre, JF Torres do Mondego, UF Coimbra, UF Lamarosa e S. Martinho de Árvore, UF Ribeira de Frades e S. Martinho do Bispo, UF Castelo de Viegas e Santa Clara, UF Botão e Souselas, UF Taveiro, Ameal e Arzila, UF Trouxemil e Torre de Vilela. Segundo dados dos censos de 2011, a freguesia com maior número de pessoas com mais de 60 anos é a freguesia de Santo António dos Olivais. A freguesia com menos população envelhecida é a freguesia de Arzila (Rede Social, 2010).

Análise Estatística

Utilizámos na análise estatística o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.0 para o sistema operativo windows. Na análise dos dados recorreremos à estatística descritiva e a inferencial. Na descrição univariada das variáveis utilizámos as medidas de tendência central e dispersão.

De modo a determinar a possibilidade de utilização de estatísticas paramétricas, realizaram-se testes no sentido de verificar se os pressupostos para a sua realização se encontravam verificados.

Relativamente aos testes de normalidade (testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors), verificou-se que as pontuações obtidas nas escalas bem como nos respectivos domínios, não apresentavam em alguns casos uma distribuição normal uma vez que os valores de p se revelaram inferiores a 0,05 ($p \leq 0,05$). Esta situação é frequente e não conduz a perda de robustez nos testes paramétricos desde que o número de indivíduos da amostra em estudo seja superior a 30, o que acontece neste caso.

No que diz respeito à homogeneidade de variâncias entre grupos de variáveis categorizadas, e por análise dos resultados dos correspondentes testes de Levene, constatou-se que a mesma é verificada em todas as circunstâncias em teste pois o valor de p obtido foi sempre superior a 0,05. Por este motivo, foram conduzidos, testes paramétricos, *t de Student*, de modo a detetar possíveis diferenças nos valores das escalas em relação ao género.

Por forma a explorar a presença de possíveis associações entre os valores da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* e do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref)* recorreu-se ao coeficiente de Pearson. A correlação é usada para identificar a força da relação entre duas variáveis contínuas. Fornece-nos indicação tanto da direcção (positiva ou negativa) como da força da relação. Uma correlação positiva indica que ambas as variáveis aumentam no mesmo sentido. A correlação negativa indica que enquanto uma variável aumenta a outra diminui.

A consistência interna das escalas envolvidas no estudo foi determinada recorrendo ao *Alpha de Cronbach*, tendo-se chegado a um valor de 0,98 para a *lista de verificação de características das cidades amigas das pessoas idosas*, e de 0,88 para o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida de Organização Mundial de Saúde*, o que é bem revelador das suas excelentes qualidades psicométricas.

Resultados

Consistência Interna

A fiabilidade/fidedignidade de um instrumento refere-se à precisão/garantia com que um determinado instrumento mede o constructo que pretende medir. Os estudos de fiabilidade/fidedignidade das escalas utilizadas no protocolo foram realizados através da verificação da sua consistência interna. Com este objetivo, determinam-se as médias das correlações existentes entre cada um dos itens da escala, o que contribui para o cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach. Este deve apresentar valores acima de 0,80 sendo considerados aceitáveis, índices superiores a 0,60 (Pestana & Gageiro, 2005).

Em relação ao presente estudo, os valores de alpha obtidos para a *Lista de Verificação das Características das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* situam-se entre 0,838 e 0,980, respetivamente para os domínios de *Participação Cívica e Emprego* e *Serviços Comunitários e de Saúde*. No que diz respeito ao índice para a escala total, esse valor foi de 0,975, o que é bem revelador das excelentes qualidades psicométricas da escala utilizada.

Os resultados apresentam-se de seguida.

Tabela 1. *Consistência Interna – Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.*

Dimensões	Alfa de Cronbach	Número de Itens
Lista Total	0,975	84
Espaços exteriores e edifícios	0,865	12
Transportes	0,919	17
Habitação	0,838	7
Participação Social	0,893	8
Respeito e Inclusão Social	0,875	9
Participação Cívica e Emprego	0,893	8
Comunicação e Informação	0,870	11
Serviços Comunitários e de Saúde	0,980	12

No que diz respeito ao Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref), os resultados obtidos são os que a seguir se apresentam.

Tabela 2. *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref).*

	Alfa de Cronbach	Número de Itens
Lista Total	0,877	26
Domínio 1 – Físico	0,496	6
Domínio 2 – Psicológico	0,623	6
Domínio 3 – Ambiental	0,749	3
Domínio 4 – Relações Sociais	0,807	8

Neste caso, obtiveram-se valores de consistência interna entre 0,496 (para o Domínio 1 – Físico) e 0,807 (para o Domínio 4 – Relações Sociais). O valor obtido para a consistência interna da escala, globalmente, foi de 0,877, indicando boas qualidades psicométricas para a mesma. Estes valores estão em consonância com os obtidos para a versão original, na qual se observam valores de consistência interna entre 0,84 e 0,94 (Vaz-Serra et al., 2006).

Análise descritiva e apresentação de resultados

A descrição dos resultados será feita da seguinte forma. Em primeiro lugar, será feita uma descrição das principais características dos participantes. De seguida, analisar-se-ão as medidas de tendência central e de dispersão obtidas pelos participantes do estudo em cada uma das escalas utilizadas. Serão também determinadas as possíveis diferenças nos valores dessas escalas, tendo em conta o género. Por fim, analisar-se-ão possíveis correlações entre os valores obtidos nas diferentes escalas, também por género.

Participantes

Colaboram na investigação 215 indivíduos. A análise da distribuição por sexo apresenta uma clara feminização, ($n=142$; 66%). A média de idades é de 71,03 anos ($DP = \pm 6,97$), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 90 anos. Verifica-se ainda que 71,2%

dos participantes apresentam idades inferiores a 75 anos ($n=153$), 23,7% situam-se na faixa etária dos 75 aos 84 anos ($n=51$) sendo apenas de 5,1% ($n=11$) a percentagem dos inquiridos que apresentam idade igual ou superior a 85 anos.

No que concerne ao estado civil são os casados os que obtêm maior percentagem, ($n=120$; 55,8%). Seguem-se os viúvos ($n=60$; 27,9%), os solteiros ($n=17$; 7,9%), os divorciados ($n=10$; 4,7%) e por fim, os separados ($n=3$; 1,4%) e os em união de facto ($n=2$; 0,9%). Não responderam à questão que lhes foi colocada, 3 indivíduos (1,4%).

Tabela 3. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação ao género, idade e estado civil.*

	<i>n</i>	%	Estatísticas descritivas
Sexo			
Feminino	142	66,0	<i>Mo</i> = Feminino
Masculino	73	34,0	
Idade			
			MD= 70
<75	153	71,2	<i>M</i> = 71,03 anos
75 – 84	51	23,7	<i>DP</i> = ± 6,969
85+	11	5,1	Mo= 70 ^a
Estado Civil			
Solteiro/a	17	7,9	
Casado/a	120	55,8	
União de facto	2	0,9	
Divorciado/a	10	4,7	
Separado/a	3	1,4	
Viúvo/a	60	27,9	
Não responde	3	1,4	

Notas: *Mo* = Moda; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Relativamente às habilitações literárias os participantes afirmam maioritariamente ter o 1.º ciclo do Ensino Básico ($n=60$; 27,9%), seguindo-se com 17,2% ($n=37$) os inquiridos que têm o 3.º ciclo do Ensino Básico. Observa-se ainda uma percentagem de 12,1% ($n=26$) de inquiridos que têm o 2.º ciclo do Ensino Básico e de 10,7% ($n=23$) dos inquiridos têm o ensino secundário. Apenas 2,3% ($n=5$) não sabe ler nem escrever, sendo também baixa a

percentagem dos inquiridos que sabe ler e escrever sem contudo ter frequentado qualquer grau de ensino ($n=9$; 4,2%). Observa-se ainda que uma percentagem elevada de participantes, 22,3% ($n=48$) possui habilitações académicas ao nível do ensino superior. Finalmente, 0,9% ($n=2$) dos inquiridos têm formação pós-graduada.

Relativamente à profissão exercida, observa-se uma percentagem elevada de participantes foi categorizada em Especialista de Atividades Intelectuais e Científicas ($n=54$; 25,1%). Registou-se também uma percentagem elevada de participantes ($n=34$; 15,8%) que exerceram profissões técnicas e de nível intermédio ($n=34$; 15,8%). Apenas um participante (0,5%) referiu ter exercido uma profissão de agricultor e trabalhador qualificado de agricultura, de pesca e de floresta. Verifica-se também que 13,5% ($n=29$) não sabe ou não responde a esta questão.

Finalmente, em termos de situação profissional, verificou-se que a grande maioria dos participantes ($n=185$; 86,0%) é reformado, sendo apenas de 0,5% ($n=1$) a percentagem de trabalhadores a tempo parcial. Os resultados apresentam-se de seguida.

Tabela 4. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação às habilitações literárias, profissão e situação no emprego.*

	<i>n</i>	%
Habilitações Literárias		
Não sabe ler nem escrever	5	2,3
Sabe ler e escrever	9	4,2
1.º Ciclo	60	27,9
2.º Ciclo	26	12,1
3.º Ciclo	37	17,2
Ensino Secundário	23	10,7
Ensino Superior	48	22,3
Formação Pós-Graduada	2	0,9
Não Sabe/Não Responde	5	2,3
Profissão		
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigente, directores e gestores executivos	2	0,9
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	54	25,1
Técnicos e profissões de nível intermédio	34	15,8

Pessoal administrativo	22	10,2
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	20	9,3
Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura, de pesca e de floresta	1	0,5
Trabalhadores qualificados de indústria, construção e artífices	10	4,7
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	6	2,8
Trabalhadores não qualificados	34	15,8
Nenhum	3	1,4
Não Sabe/Não Responde	29	13,5
Situação Profissional		
Reformado	185	86,0
Trabalhador a Tempo Inteiro	6	2,8
Trabalhador a Tempo Parcial	1	0,5
Outra	11	5,1

No que diz respeito à percepção da sua própria saúde, 46,0% ($n=99$) dos participantes afirmam que o seu estado de saúde é suficiente, sendo de 35,8% ($n=77$) a percentagem dos que acham que a sua saúde é boa. São 14% ($n=30$) os que consideram que têm um estado de saúde fraco e apenas 2,3% ($n=5$) considera que a sua saúde é excelente. Apesar disso, a maioria dos participantes ($n=159$; 74,0%) afirma não ter problemas de saúde, sendo apenas de 22,3% ($n=48$) a percentagem dos que consideram que eles existem.

Tabela 5. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à percepção de saúde e à existência de problemas de saúde.*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Percepção de Saúde		
Excelente	5	2,3
Boa	77	35,8
Suficiente	99	46,0
Fraca	30	14,0
Não Sabe/Não Responde	4	1,9
Problemas de Saúde		
Sim	48	22,3

Não	159	74,0
Não Sabe/Não Responde	8	3,7

No que diz respeito aos rendimentos próprios, uma percentagem importante dos participantes afirma que os seus rendimentos mensais se situam entre 801€ e 1500€ mensais ($n=43$; 20,0%), sendo de 22,8% ($n=49$) a percentagem dos que respondem não sabe/ não responde, no que diz respeito aos seus rendimentos mensais. É de salientar que 0,5% ($n=1$) afirma que os seus rendimentos são superiores a 2500€ mensais, sendo de 10,2% ($n=22$) a percentagem dos que afirmam que mensalmente auferem menos de 350€.

Uma situação semelhante pode ser verificada relativamente aos rendimentos familiares. Os resultados apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 6. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação aos rendimentos mensais, próprios e familiares.*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Rendimento Próprio		
Até 350€ mensais	22	10,2
Entre 351€ e 500€ mensais	33	15,3
De 501€ a 800€ mensais	40	18,6
De 801€ a 1500€ mensais	43	20,0
De 1501€ a 2500€ mensais	27	12,6
Mais de 2500€ mensais	1	0,5
Não Sabe/Não Responde	49	22,8
Rendimentos Familiares		
Até 350€ mensais	4	1,9
Entre 351€ e 500€ mensais	10	4,7
De 501€ a 800€ mensais	17	7,9
De 801€ a 1500€ mensais	29	13,5
De 1501€ a 2500€ mensais	29	13,5
Mais de 2500€ mensais	16	7,4
Não Sabe/Não Responde	110	51,2

Quando inquiridos acerca da sua residência, 74,9% ($n=161$) dos participantes referiram habitar em residência próprio, 20,9% ($n=45$) afirmaram que a sua residência é arrendada, 1,4% ($n=3$) estão num lar/internados e 1,9% ($n=4$) referem que o seu tipo de residência é outro.

A generalidade dos inquiridos ($n=110$; 51,2%) reside com a sua família nuclear, 29,3% ($n=63$) afirma viver sozinho e 6,5% ($n=14$) residem com a sua família nuclear e alargada. Os resultados obtidos são os que a seguir se apresentam.

Tabela 7. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à habitação e ao agregado familiar.*

	<i>n</i>	%
Habitação		
Própria	161	74,9
Arrendada	45	20,9
Lar/Internamento	3	1,4
Outro	4	1,9
Não Sabe/Não Responde	2	0,9
Agregado Familiar		
Sozinho	63	29,3
Família Nuclear	110	51,2
Família Alargada	17	7,9
Não Familiares	5	2,3
Família nuclear e família alargada	14	6,5
Família nuclear e não familiares	1	0,5
Família alargada e não familiares	2	0,9
Família nuclear, alargada e não familiares	1	0,5
Não Sabe/Não Responde	2	0,9

Finalmente, no que se relaciona com a utilização de algum tipo de apoio à deslocação, 10,7% ($n=23$) refere a sua utilização sendo que a grande maioria, 87,0% ($n=187$) não necessita de qualquer tipo de apoio deste género. São 2,3% ($n=5$) não sabe ou não responde à questão que lhe foi colocada.

Tabela 8. *Caracterização sociodemográfica da amostra em relação à utilização de algum tipo de apoio à deslocação.*

	<i>N</i>	%
Apoio à deslocação		
Sim	23	10,7
Não	187	87,0
Não Sabe/Não Responde	5	2,3

Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas

No sentido de avaliar a perceção dos participantes neste estudo em relação às características da cidade onde residem, determinaram-se estatísticas descritivas para cada um dos domínios que constituem a lista de verificação das mesmas.

A observação da pontuação dos diferentes domínios permite constatar que, com exceção do domínio dos transportes, caso em que se obteve mínimo de 2,94%, a pontuação mínima da escala é de 0%. No que concerne aos valores extremos, estes situam-se entre os 79,17% (domínio 1 – espaços exteriores e edifícios) e 93,75%, atingida para os domínios 5 (respeito e inclusão social) e 6 (participação cívica e emprego).

Em termos médios constata-se que neste parâmetro, a pontuação média mínima é de 25,47 ($dp=\pm 18,79$) (domínio 6 – participação cívica e emprego) e a máxima de 44,51 \pm 18,58 (domínio 8 – serviços comunitários e de saúde). Dos domínios observados aquele que apresenta maior heterogeneidade é o domínio 4 (participação social) que apresenta um desvio-padrão de ($dp=\pm 20,10$). Estes resultados podem observar-se na tabela que se segue.

Tabela 9. *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (Estatísticas Descritivas).*

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Espços exteriores e edifícios	188	0,00	79,17	39,32	16,51
Transportes	158	2,94	89,06	40,02	17,00
Habitação	169	0,00	92,86	34,82	17,43
Participação social	179	0,00	90,63	40,93	20,10
Respeito e inclusão social	170	0,00	93,75	36,77	18,76

Participação cívica e emprego	162	0,00	93,75	25,47	18,79
Comunicação e informação	161	0,00	84,09	37,89	17,59
Serviços comunitários e de saúde	162	0,00	89,58	44,51	18,58

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref)

Em relação às pontuações obtidas neste instrumento, pode observar-se que, em termos médios, elas se situam entre 61,90% (DP=16,22) no domínio 4 (relações sociais) e 64,76% (DP=17,07) no domínio 2 (psicológico) sendo este o domínio onde se verifica uma maior dispersão nas respostas.

Os valores mínimos variam de 0% (domínio geral) a 12,50% (domínio 4 – relações sociais), sendo os máximos de 100% em todos os domínios com exceção do domínio 1 (físico) para o qual este valor é de 96,43%. Estes resultados podem observar-se na tabela seguinte.

Tabela 10. *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) (Estatísticas Descritivas).*

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Domínio Geral	205	0,00	100,00	62,74	15,94
Domínio 1 – Físico	188	7,14	96,43	62,23	17,54
Domínio 2 – Psicológico	186	4,17	100,00	64,76	17,07
Domínio 3 – Ambiental	169	8,33	100,00	64,05	16,47
Domínio 4 - Relações Sociais	178	12,50	100,00	61,90	16,22

Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas – diferenças na pontuação de acordo com o Género

No sentido de determinar possíveis diferenças nos valores médios de cada um dos domínios da lista considerada, desenvolveram-se testes *t de Student*.

De acordo com os resultados obtidos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nesta escala, de acordo com o género, tendo-se verificado uma grande uniformidade nas respostas dos participantes de ambos os sexos.

Verifica-se no entanto que as mulheres apresentam valores médios mais elevados nos domínios que se referem aos Espaços exteriores e edifícios, Respeito e inclusão social, Participação cívica e emprego e Serviços comunitários e de saúde. Por sua vez os homens obtiveram pontuações médias mais elevadas nos domínios dos Transportes, Habitação, Participação social e Comunicação e informação. Os resultados apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 11. *Diferenças nos valores médios da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas de acordo com o género.*

Domínios	Sexo	N	Média	Desvio-padrão	t	p
Espaços exteriores e edifícios	Feminino	121	39,64	15,70	0,35	0,73
	Masculino	67	38,76	18,01		
Transportes	Feminino	99	39,14	15,10	- 0,84	0,40
	Masculino	59	41,49	19,83		
Habitação	Feminino	108	34,39	16,49	- 0,43	0,67
	Masculino	61	35,59	19,11		
Participação social	Feminino	116	40,59	20,04	- 0,30	0,76
	Masculino	63	41,55	20,36		
Respeito e inclusão social	Feminino	110	37,03	19,47	0,25	0,81
	Masculino	60	36,29	17,54		
Participação cívica e emprego	Feminino	106	25,52	18,26	0,05	0,96
	Masculino	56	25,36	19,90		
Comunicação e informação	Feminino	100	37,82	17,39	- 0,07	0,95
	Masculino	61	38,01	18,07		
Serviços comunitários e de saúde	Feminino	103	44,87	17,48	0,32	0,75
	Masculino	59	43,89	20,50		

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) – diferenças na pontuação de acordo com o Género

No sentido de determinar possíveis diferenças nos valores médios de cada um dos domínios da escala considerada, desenvolveram-se testes *t de Student*.

Observaram-se valores médios mais elevados para as mulheres em todos os domínios, embora as diferenças encontradas, não sejam contudo, estatisticamente significativas.

Tabela 12. *Diferenças nos valores médios de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de acordo com o género.*

Domínios	Sexo	N	Média	Desvio-padrão	t	p
Domínio Geral	Feminino	135	64,1667	15,70780	1,784	0,076
	Masculino	70	60,0000	16,15146		
Domínio 1	Feminino	120	62,3810	17,73326	0,152	0,879
	Masculino	68	61,9748	17,31880		
Domínio 2	Feminino	120	64,7917	15,83029	0,031	0,975
	Masculino	66	64,7096	19,24343		
Domínio 3	Feminino	103	64,8867	17,25476	0,821	0,413
	Masculino	66	62,7525	15,20653		
Domínio 4	Feminino	113	63,0531	16,28746	1,249	0,213
	Masculino	65	59,9038	16,02581		

Correlações entre as escalas – Sexo Masculino

As possíveis correlações entre os valores das escalas, obtidos pelos participantes do sexo Masculino, foram determinadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* e encontram-se na tabela seguinte.

Foi detectada uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o *Domínio Geral* do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* e o que se refere aos *Serviços Comunitários e de Saúde, Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Esta correlação é moderada ($r=0,360$; $p<0,01$).

Encontrou-se também uma correlação positiva entre o domínio do *Meio Ambiente* do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* e o Domínio dos *Serviços Comunitários e de Saúde*, da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Esta correlação é também moderada ($r=0,492$; $p<0,01$).

As restantes correlações, estatisticamente significativas, encontradas são todas elas negativas. Observaram-se assim correlações moderadas entre o domínio *Físico* do

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e os da *Participação Social* ($r=-0,326$; $p<0.05$) e *Participação Cívica e Emprego* ($r=-0,459$; $p<0.01$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*.

As pontuações no domínio das *Relações sociais* do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* encontra-se relacionado de forma moderada com os domínios da *Participação Social* ($r=-0,280$; $p<,05$), do *Respeito e Inclusão Social* ($r=-0,278$; $p<0,05$) e da *Comunicação e Informação* ($r=-0,265$; $p<0,05$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Este domínio apresenta ainda uma correlação forte negativa com o domínio da *Participação Cívica e Emprego* da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Os resultados apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 13. *Correlações de Pearson – Sexo Masculino.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Domínio Geral	-	0,554**	0,649**	0,539**	0,481**	0,225	0,344**	0,235	0,041	0,170	-0,079	0,154	0,360**
2. Físico		-	0,691**	0,619**	0,425**	-0,193	-0,081	-0,079	-0,326*	-0,194	-0,459**	-0,217	-0,047
3. Psicológico			-	0,697**	0,650**	0,015	0,198	0,105	-0,102	-0,067	-0,387**	0,037	0,199
4. Relações Sociais				-	0,416**	-0,096	-0,085	-0,024	-0,280*	-0,278*	-0,574**	-0,265*	-0,045
5. Meio Ambiente					-	0,275*	0,414**	0,248	0,183	0,188	-0,208	0,339*	0,492**
6. Espaços exteriores e edifícios						-	0,771**	0,676**	0,700**	0,719**	0,505**	0,680**	0,676**
7. Transportes							-	0,704**	0,640**	0,625**	0,475**	0,554**	0,696**
8. Habitação								-	0,598**	0,650**	0,607**	0,565**	0,705**
9. Participação Social									-	0,751**	0,649**	0,648**	0,626**
10. Respeito e Inclusão Social										-	0,669**	0,640**	0,522**
11. Participação Cívica e Emprego											-	0,626**	0,516**
12. Comunicação e Informação												-	0,819**
13. Serviços Comunitários e de Saúde													-

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (bilateral).

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (bilateral).

Correlações entre as escalas – Sexo Feminino

As possíveis correlações entre os valores das escalas, obtidos pelos participantes do sexo feminino, foram determinadas com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson e encontram-se na tabela seguinte.

Foi detetada uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o domínio geral do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* e o referente à *Participação Social* ($r=0,191$; $p<0,05$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Esta correlação é fraca. O Domínio Geral do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* encontra-se também correlacionado com a *Participação Cívica e Emprego* ($r=0,21$; $p<0,05$) e com a *Comunicação e Informação* ($r=0,229$; $p<0,05$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Estas correlações, embora positivas, são fracas.

Correlações também positivas, fracas, foram encontradas entre o domínio Psicológico do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* e os domínios *Habitação* ($r=0,220$; $p<0,05$) e *Respeito e Inclusão Social* ($r=0,212$; $p<0,05$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*.

Foram ainda encontradas correlações moderadas entre o domínio do *Meio Ambiente* do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* e os domínios de *Participação Social* ($r=0,265$; $p<0,01$) e *Respeito e Inclusão Social* ($r=0,211$; $p<0,05$) da *Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Os resultados apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 14. *Correlações de Pearson – Sexo Feminino.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Domínio Geral	-	0,520**	0,608**	0,397**	0,618**	0,083	0,153	0,132	0,191*	0,179	0,212*	0,069	0,229*
2. Físico		-	0,647**	0,452**	0,679**	-0,003	-0,052	0,068	0,111	0,016	0,078	0,035	0,062
3. Psicológico			-	0,490**	0,661**	0,044	0,065	0,220*	0,174	0,212*	0,088	0,088	0,178
4. Relações Sociais				-	0,659**	0,205*	-0,021	0,069	0,125	0,201	-0,011	0,111	-0,003
5. Meio Ambiente					-	0,159	0,020	0,200	0,265**	0,211*	0,169	0,156	0,183
6. Espaços exteriores e edifícios						-	0,632**	0,462**	0,511**	0,573**	0,443**	0,512**	0,442**
7. Transportes							-	0,609**	0,541**	0,574**	0,440**	0,538**	0,570**
8. Habitação								-	,551**	0,575**	0,514**	0,617**	0,657**
9. Participação Social									-	0,726**	0,498**	0,586**	0,696**
10. Respeito e Inclusão Social										-	0,663**	0,697**	0,672**
11. Participação Cívica e Emprego											-	0,619**	0,563**
12. Comunicação e Informação												-	0,546**
13. Serviços Comunitários e de Saúde													-

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (bilateral).

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (bilateral).

Discussão/ Conclusão

A presente investigação tem como objetivo verificar se a cidade de Coimbra possui características de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas avaliando concomitantemente a perceção dos seus munícipes idosos sobre a sua qualidade de vida numa perspetiva de género.

Antes de analisarmos os resultados centrais desta investigação, importa salientar algumas questões relacionadas com a amostra do estudo.

A amostra deste estudo é composta por 215 idosos, 142 (66%) são do sexo feminino e 73 (34%) são do sexo masculino. Tal como acontece com a população portuguesa, a nossa amostra espelha uma notória feminização (INE, 2011).

Ao analisarmos o estado civil, podemos verificar que a maioria dos inquiridos são casadas/os (55,8%) ou viúvas/os (27,9%). Este valor aproxima-se dos resultados registados no último censo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011).

Relativamente à escolaridade verifica-se que a maioria dos idosos da nossa amostra apresenta níveis de escolaridade básica, ou seja, a antiga 4ª classe (27,9 %). Se analisarmos a população residente com 65 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) também verificamos que a maior percentagem é obtida no 1.º ciclo (49,4% para 2014) (FFMS, 2014).

Relativamente ao domínio “Espaços exteriores e edifícios” verificamos que a pontuação média no presente estudo é de 39,32%, não existindo diferenças significativas entre géneros. Estes resultados apresentam uma diferença de 7 pontos percentuais quando comparados com os apresentados num estudo nacional que apresenta uma pontuação média de 46,97%. Tendo em conta que os espaços exteriores e edifícios públicos são essenciais para a mobilidade e independência funcional uma pontuação baixa indica que a cidade de Coimbra necessita de intervenção nesta área.

Em relação aos “Transportes”, a pontuação média neste domínio é de 40,02% não existindo diferença entre sexos. Se analisarmos estes resultados à luz dos resultados apresentados num estudo nacional verificamos que a diferença é de cerca de 3 pontos percentuais. Tendo em conta que os transportes são essenciais “na mobilidade citadina, influenciando a participação social e cívica e o acesso aos serviços comunitários” (Centeio, Dias, Rito, Santinha, Vicente, & Sousa, 2010, p.375) esta pontuação sugere investimento. Este investimento é deveras importante pois Coimbra apresenta vários núcleos o facto da formação e do crescimento do aglomerado da cidade de Coimbra ter ocorrido “em pontos distintos e não conexos do actual território da cidade, cada um com necessidades e

formalidades diferentes. Durante o processo de expansão, os núcleos foram-se progressivamente mesclando e penetrando para dar origem a um organismo de morfologia peculiar. Como resultado, Coimbra é actualmente uma cidade polinucleada” (Ferreira, 2007, p. 8).

No que concerne à habitação”, a pontuação média neste domínio é de 34,82% não existindo diferença entre sexos. Se analisarmos estes resultados à luz dos resultados apresentados num estudo nacional verificamos que a diferença é de cerca de 4 pontos percentuais. Se atendermos que um envelhecimento exitoso pressupõe a criação de condições que permitam o acesso a habitação condigna. Assim, criar e modificar habitações de forma a estas não apresentarem barreiras físicas que limitem a mobilidade dos idosos deve ser um desiderato dos decisores públicos que devem “trabalhar para tornar prédios e transportes públicos acessíveis para todas as pessoas com deficiência (OMS, 2005, p. 47).

No domínio da “Participação social” foi obtida uma pontuação média de 40,93%. Recordemos que a participação social inclui atividades que mantem ou melhoram as competências, ativando as redes de apoio ao mesmo tempo que “criam” sentimentos de pertença à comunidade. “Reconhecer e permitir a participação activa de pessoas idosas nas actividades de desenvolvimento económico, trabalho formal e informal e actividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades” é um objetivo da OMS (2005, p. 51). Se compararmos estes resultados com os resultados apresentados num estudo nacional verificamos que a diferença é de cerca de 19 pontos percentuais. Esta diferença pode ser lida a partir da contenção das despesas pública visível no “corte nas receitas provenientes do Orçamento do Estado de 5,29%. Trata-se de uma das diminuições mais drásticas impostas a um município português que exigirá a todos os responsáveis, um rigor ainda mais acentuado no sentido de conseguir assegurar uma gestão autárquica que corresponda às mais exigentes expectativas dos cidadãos. (...) Apesar disso, por cá, e conforme foi já deliberado, os conimbricenses e as empresas vão pagar em 2014 menos IMI, menos Derramas e menos pela água que consomem” (CMC, 2014, p. Nota prévia). As diferenças entre género não são significativas relativamente a este domínio.

Relativamente ao domínio “Respeito e inclusão social” verificamos que a pontuação média no presente estudo é de 36,77%, não existindo diferenças significativas entre géneros. Estes resultados apresentam uma diferença de 6 pontos percentuais quando comparados com os apresentados num estudo nacional que apresenta uma pontuação média de 42,41% (Associação VIDA, 2012).

Determinantes como a cultura, o género, o estado de saúde e os rendimentos desempenham um papel importante na forma como as pessoas se relacionam com as estruturas sociais. A participação dos idosos na vida social, cívica e económica da cidade relaciona-se com o processo de inclusão (Associação VIDA, 2012).

Já no que se refere ao domínio “Participação cívica e emprego” obtivemos como média o valor de 25,47%. Efetuando a comparação com a pesquisa desenvolvido a nível nacional em que se obteve a pontuação de 40,04%, é notória a diferença pois dista da pontuação da cidade de Coimbra em cerca de 16 pontos percentuais. Se admitirmos que uma cidade amiga é uma cidade capaz de oferecer condições para que todas as pessoas, inclusive as mais idosas, contribuam para o desenvolvimento da sua comunidade. Esta contribuição poderá passar pela realização de trabalho, em regime de voluntariado ou não, ou ainda pelo seu envolvimento em trabalhos relacionados com a área política. (Associação VIDA, 2012). Recordemos que Paulo Freire (cit. Silveira, Gewehr, Bonin, & Bulgacov, 2008) na sua reflexão sobre a ação política afirma que esta só é exequível se se conhecer a cultura. Para que a ação se efetive é imprescindível conhecer criticamente as instituições sociais onde se está inserido, “saber se expressar e codificar o mundo pela escrita e decodificar o que está a seu alcance. Além disso, é necessário ainda saber como superar a consciência mágica, adquirindo uma reflexão crítica: o pensar a própria sociedade e sua cultura no contexto do mundo contemporâneo. Tarefa difícil mas que, com o auxílio da análise crítica do conteúdo de outros meios de comunicação se torna possível” (Silveira, Gewehr, Bonin, & Bulgacov, 2008, p. 93).

No que diz respeito ao sétimo domínio denominado de “Comunicação e informação”, obteve-se como média de 37,89 sendo que no estudo que utilizamos como referência para comparação a média é de 60,74%, resultando uma diferença de cerca de 23%. A exposição a informação possibilita aos idosos maior inclusão pois conduz a uma diminuição do isolamento. Através da comunicação é possível reduzir ou até mesmo evitar situações pontuadas pela emergência, como por exemplo em caso de catástrofe natural (Associação VIDA, 2012). Sendo Coimbra considerada uma cidade universitária estes resultados atestam que falta ativar sinergias entre as diferentes esferas da vida social.

No último domínio designado de “Serviços comunitários e de saúde” obtivemos como valor médio de 44,51%. As diferenças entre géneros não foram estatisticamente significativas. No que concerne aos resultados obtidos (65,3%) no estudo nacional, verifica-se uma diferença de cerca de 21%. Os serviços de saúde são deveras importantes para as pessoas idosas e revestem-se de centralidade quando nos perspetivamos sob a ótica do

Envelhecimento Ativo. “As questões relacionadas com os serviços de saúde dominaram as discussões em grupo na maioria das cidades [que participaram no Projecto global Cidades Amigas das Pessoas Idosas da OMS], refletindo a importância de que se revestem quando falamos de envelhecimento activo” (2009, p. 77). O Apoio comunitário e os serviços de saúde “não devem centrar-se somente nos cuidados para tratar doenças mas também nos serviços preventivos, de reabilitação, conforto e bem-estar pessoal. Para além destes factores as estruturas e serviços devem, em situações ideais, ser suficientes, adequadas, acessíveis e de qualidade (Associação VIDA, 2012, p. 87). Estes resultados não parecem ir ao encontro da distinção efetuada pela União Europeia (UE) que classificou a cidade de Coimbra como região referência, a nível europeu, para o Envelhecimento Ativo e Saudável.

No sexto domínio, que se refere à Participação cívica e emprego registou-se como valor médio de 25,47%. No que diz respeito ao domínio da Comunicação e informação, neste a média obtida foi de 37,89%. Para finalizar, no último domínio dos Serviços comunitários e de saúde verificou-se como valor médio de 44,51%.

Os resultados obtidos no presente estudo e que se encontram acima descritos são mais baixos dos que encontrámos na publicação “Cidades Amigas das Pessoas Idosas?”. Na publicação referida, obtiveram-se as seguintes pontuações em cada um dos domínios: Espaços exteriores e edifícios – 46,97%; Transportes – 42,93%; Habitação – 38,7%; Participação Social – 60,07%; Respeito e inclusão social – 42,42%; Participação cívica e emprego – 40,04%; Comunicação e informação – 60,74%; Serviços Comunitários e de saúde – 65,3% (Associação VIDA, 2012). Assim podemos concluir que é nos domínios da Participação Social, da Participação Cívica e Emprego, da Comunicação e Informação e por último dos Serviços Comunitário e de Saúde, que se verificam maiores diferenças entre os valores obtidos. Estes resultados dão-nos conta da necessidade de intervir na gestão e planeamento da cidade.

Os resultados obtidos no Domínio Geral da WHOQOL-Bref foram de 62,74%., sendo que num estudo de carácter idêntico realizado em Faro (Correia, 2009), foi obtido um valor médio de 55,31%, existindo uma diferença de cerca de 8 pontos percentuais. Lembra-se que quanto mais alta for a pontuação obtida neste instrumento, melhor será a percepção da qualidade de vida relativamente ao domínio que se avalia. Perante os resultados acima descritos, podemos afirmar que este domínio - composto por duas questões referentes à percepção e satisfação da qualidade de vida – é avaliado como positivo se tivermos como referência o ponto mediano de uma escala de 100%. Contudo se avaliarmos os nossos resultados com uma amostra de idosos brasileiros voluntários e não voluntários verificamos

que os nossos idosos revelam um julgamento cognitivo relativamente às condições de vida abaixo da destes ($78,3 \pm 14,4$ voluntários vs. $75,0 \pm 13,11$ não-voluntários) (Souza, Lautert, & Hilleshein, 2011). “O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva” (Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007, p. 132).

Relativamente ao Domínio Físico, que avalia a qualidade de vida ao nível físico (dor e desconforto incapacitante, energia e cansaço, sono e repouso, capacidade em se movimentar, necessidade de medicamentos ou tratamentos médicos no dia-a-dia, capacidade para o trabalho ou atividades da vida diária) foi obtida a média de 62,23%. Em relação ao estudo realizado em Faro (56,25%) destaca-se uma diferença de cerca de 6% a favor dos dados obtidos em Coimbra.

No Domínio Psicológico, que avaliava questões como frequência de sentimentos positivos (aproveitar a vida), negativos (desespero, ansiedade, depressão ou mau-humor) ou sentimento de vida sem sentido, capacidades cognitivas, aceitação da imagem corporal e autoestima, pontuou-se o valor médio de 64,76%. Já em Faro obtiveram o valor de 51,46%, cerca de 13% de diferença.

No que se refere ao Domínio Relações Sociais, que avaliava a satisfação dos sujeitos face às relações pessoais (família, amigos, conhecidos, colegas), ao suporte social (apoio que recebia dos amigos) e atividade sexual, obteve-se 64,05, existindo uma diferença em relação ao estudo realizado em Faro de cerca de 3%.

Por último, o Domínio Ambiente, que avaliava a qualidade do lar e do ambiente circundante, sentimento de segurança física e proteção, oportunidades de lazer e para adquirir novas informações e habilidades, recursos financeiros suficientes para as necessidades, acesso e qualidade dos serviços de saúde e meio de transporte, obtivemos um valor médio de 61,90%. Em comparação com o outro estudo realizado (54,61%) é notória uma diferença de cerca de 7%.

Em síntese, e tendo por base os resultados obtidos, podemos afirmar que a forma como se avalia a cidade e a qualidade de vida não é diferente se analisarmos os dados a partir do género, ou seja, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

De acordo com a literatura existente acerca da relação entre o “velhismo” e o género, Kite e Wagner (2002, cit. Cerqueira, 2010) destacam duas perspetivas: 1) não existe qualquer relação entre o “velhismo” e o género; 2) a perceção de diferenças entre género surge de

peessoas não idosas. Segundo O’Connell e Rotter (1979, cit. Cerqueira, 2010) a passagem à categoria de idosos tende a desvanecer as diferenças entre os homens e mulheres.

Neste sentido, Fry (1995, cit. Cerqueira, 2010), considera que surge uma reavaliação das diferenças entre género levando a uma maior uniformização, ou seja, existe uma homogeneização dos papéis sociais. “As diferentes atribuições a cada um dos géneros têm propensão a desaparecer, registando-se um reequilíbrio e maior homogeneidade nas singularidades” (Cerqueira, 2010, p.146).

Ao longo do presente trabalho deparámo-nos com diversas limitações, nomeadamente a que se prendeu com a acessibilidade à amostra e que se refletiu no número limitado de inquiridos. Importa ainda destacar que a amostra recolhida pela investigadora foi acedida através de instituições comunitárias, o que de certo modo excluiu os idosos que não têm relação com as duas instituições onde foram administrados os protocolos de pesquisa.

Independentemente das limitações com que nos deparámos, pensamos que este estudo deve ser replicado em Coimbra de forma a monitorizar o resultado de futuras intervenções, que urge fazer, em prole de todos os municípios inclusive dos mais idosos. Deve ser igualmente replicado em outras cidades do nosso país, para que sejam feitas avaliações das cidades que promovam efetivamente o Envelhecimento Ativo.

Referências Bibliográficas

- Associação VIDA (2012). Cidades Amigas das pessoas idosas? Acedido em 25 de Outubro de 2014, em :
<https://docs.google.com/file/d/0B5V19UIorql2RTFGVTVhaUsxZWws/edit?pli=1>.
- Câmara Municipal de Coimbra (2014). Grandes opções do Plano e Orçamento. Acedido em 30 de Janeiro de 2015, em:
https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=Grandes+op%C3%A7%C3%B5es+do+Plano+e+Or%C3%A7amento+2014+coimbra.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto.
- Centeio, H; Dias, S; Rito, S; Santinha, G; Vicente, H & Sousa, L (2010). *Aveiro: Cidade Amiga das Pessoas Idosas?! Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 369-381.
- Cerqueira, M. M. (2010). Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa. Universidade de Aveiro.
- Correia, C. (2009). O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de faro. Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Faro.
- Ferreira, C. (2007). Coimbra aos pedaços: Uma abordagem ao espaço urbano da cidade. Prova Final de Licenciatura em Arquitectura. Departamento da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra
- Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saude Pública*, vol.33 (2), 198-205.

Fontaine, R. (2000) - Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

Fundação Calouste Gulbenkian (2013). Um futuro para a saúde- todos temos um papel a desempenhar. Acedido em 6, Fevereiro, 2015, em: http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/1/.

Fundação Francisco Manuel dos Santos, (2014). Pordata: População residente segundo os Censos; total e por grandes grupos etários. Lisboa. Consultado em 4 de Fevereiro de 2015. Disponível na Internet em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Giddens, A. (2000). Sociologia (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hortelão, A. P. S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta (Dissertação de Mestrado).

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Izal, M. e Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicologia*, vol. 6 (2), 181-198.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: actividades*. Porto: Âmbar.

Joia, L. C., Ruiz, T. Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(1):131-8.

Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. Em: *Análise Social*, vol. 39 (171), pp. 339-363. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Organização das Nações Unidas. (2002). Report of the Second World Assembly on Ageing. New York: United Nations.

Organização Mundial de Saúde, (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial de Saúde, (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, M. H., Mata, M. A., Fernandes, A., Magalhães, C. P., Baptista, G. (2013). Indicadores demográficos potenciados de risco em saúde na população idosa do distrito de Braga. Acedido em 11, Janeiro, 2015 em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9382>.

Rede Social. (2010) Diagnóstico Social: Concelho de Coimbra. Acedido em 3 de Fevereiro de 2015, em: https://www.cm-coimbra.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=364.

Silveira, A. F., Gewehr, C., Bonin, L. F.R., Bulgacov, Y. L. M. (2008) Cidadania e participação social. Acedido em 4 de Fevereiro de 2015 em: <http://static.scielo.org/scielobooks/hn3q6/pdf/silveira-9788599662885.pdf>.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3):364-71.

Souza, L. M. de, Lautert, L., & Hilleshein, E. F. (2011). Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*. doi:10.1590/S0080-62342011000300017

United Nations. (2013). World Population Ageing 2013. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Revista Psiquiatria Clínica*. 27(2): 31-40.

WHOQOL GROUP, (1995). The World Health Organization Quality of life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. v. 41, p. 1403-1409, 1995.

World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: OMS.